Aus der Universitäts-Nervenklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. H. Scheller

Schädel - Hirntrauma und Rentenbegehren

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wolf-Dietrich Leers

aus Halle

Würzburg 1955

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543524_0092

Aus der Universitäts-Nervenklinik Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. H. Scheller

Schädel - Hirntrauma und Rentenbegehren

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wolf-Dietrich Leers

aus Halle

Würzburg 1955

Referent: Professor Dr. med. H. S c h e l l e r

Tag der mündl. Prüfung:

13. Sep. 1955

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg

A) E I N L E I T U N G

Durch die vergangenen zwei Weltkriege und die dadurch bedingte wirtschaftliche Notlage der Nachkriegszeit ist der Kampf um eine Rente und damit die Erreichung eines Mindestlebensstandards bei vielen Menschen in den Vordergrund getreten.

Immer schwieriger ist es, trotz der ausgezeichneten diagnostischen Hilfsmittel, Unfallgeschädigte und durch Kriegseinfluß Geschädigte von solchen zu trennen, die nur eine Schädigung zu haben glauben. Viele Menschen entwickeln sich mit der Zeit zu Rentenneurotikern, die auch bei geschicktester psychologischer und psychotherapeuthischer Führung nicht mehr dazu gebracht werden können, einem ordentlichen Beruf nachzugehen. Über die Beziehung zwischen den wirtschaftlichen Faktoren, den wirklichen neurologisch-psychiatrischen Ausfallerscheinungen und den Rentenneurosen sind bisher noch keine sicheren Ergebnisse vorhanden. Wie hoch die Prozentzahl der Rentenneurotiker ist, ist noch nicht hinreichend sichergestellt.

Es wurde die Aufgabe gestellt, die Beziehung zwischen "Schädel-Hirntrauma und Rentenbegehen" zu klären, insbesondere die Abhängigkeit der Rentenneurose von der sozialen Stellung und von der Notlage, die durch Krieg und Nachkriegszeit bedingt war.

Die Beurteilung der Patienten, die ein Schädel-Hirntrauma erlitten, ist besonders schwierig, da man als Gutachter weitgehend auf die subjektiven Angaben des Patienten angewiesen ist, und neurologische und EEG-Befunde doch mit Kritik gewertet werden müssen. Die rein psychiatrische Beurteilung mag wohl in diesem Rahmen mit zu den schwersten Aufgaben gehören, die von einem Psychiater verlangt werden.

B) L I T E R A T U R

"Unfallneurosen sind nach Unfällen zu beobachtende Leidenszustände, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sie sich mit der uns heute möglichen diagnostischen Sicherheit als frei von jeglichen organischen Grundlagen erweisen. Sie sind, auch wenn sie sich in körperlichen Störungen offenbaren, doch ausschließlich seelisch bedingt, dabei häufig

anlagemäßig vorbereitet. -

Der Unfallneurotiker will gesund werden, um einen Preis, den er nicht erhalten kann und darf; er ist auf dem falschen Wege wie jeder andere Neurotiker auch und deshalb auch krank, wenn auch nicht in einem durch pathologisch-anatomische oder sozial-ökonomische Erwägungen diesem Worte unterlegten Sinne."

Diese Definition einer Rentenneurose von V a u c k ist eine sehr brauchbare Definition, die auch heute von Bedeutung für das Verstehen einer Rentenneurose ist. Damit ist die "traumatische Neurose" von O p p e n h e i m , die auf ein organisches Leiden zurückgeführt wurde, nun endlich ad absurdum geführt. - Neben der "traumatischen Neurose" O p p e n h e i m s kam noch der Begriff der "seelischen Neurose" auf (F r e u d). Trotzdem ist es schwierig, auch heute diese allgemein von Medizinern anerkannte Meinung, daß die Rentenneurose keinen Kausalzusammenhang zum körperlichen Trauma zeigt und nicht organisch bedingt ist, dem Juristen glaubhaft zu machen. Denn viele Reichsgerichtsentscheidungen entscheiden durchaus noch heute im Sinne O p p e n h e i m s (S c h e l l w o r t h). Das Reichsgericht erkennt die causale Verknüpfung von Unfall und Rentenneurose unter bestimmten Voraussetzungen an. Dagegen stemmen sich D a n s a u e r und S c h e l l w o r t h : "Nur das, was der Unfall macht, soll und darf entschädigt werden, aber nicht das, was der Kranke aus dem Unfall macht!" Die typische Einstellung eines Rentenneurotikers ist z. B. die: Vor dem Unfall bzw. Krieg gesund, nach dem Unfall bzw. Krieg krank, also d u r c h den Unfall bzw. Krieg krank.

Die ärztliche Wissenschaft hat festgestellt, daß in der Unfallneurose ein psychologischer Vorgang zu erblicken ist. Daraus leitet sich die Berechtigung ab, eine ursächliche Beziehung zum Unfall zu verneinen. Die gerichtliche Entscheidung über die Entschädigungspflicht bei Unfallneurosen hängt im allgemeinen immer davon ab, ob der entsprechende Richter an einen Kausalzusammenhang von Neurose und Unfall glaubt oder nicht. Das beweisen die verschieden ausgefallenen Reichsgerichtsentscheidungen.

D a n s a u e r und S c h e l l w o r t h stellen fest, "daß die sogenannte Unfallneurose sich einer ursächlichen Betrachtung entzieht, da sie n i c h t ursächlich entsteht und niemanden zugefügt werden kann. Damit wäre bereits die Frage, ob sie als Schaden im Rechtssinne anzusehen ist und Gegenstand eines Entschädigungsverfahrens sein

kann, grundsätzlich verneint." -

Es wäre zu wünschen, wenn der Richter, der ja ein medizinischer Laie ist, sich den gründlich durchdachten Ausführungen namhafter Psychiater anschließen würde, damit die Entstehung der Rentenneurose in seinem Keime erstickt werden kann.

V a u c k s Meinung, daß der Rentenneurotiker nicht den Preis erhalten d a r f , den er wünscht, spiegelt die schon vor zwanzig Jahren bestehende Bedeutung der Rentenneurose bezüglich der sozialen Lage wieder.

Der Rentenneurotiker würde ja oft auf Kosten der Allgemeinheit, die sich mit dem Leben erfolgreich auseinandersetzt, leben. Außerdem wäre mit Gewährung einer unrechtmäßig zugeteilten Rente nur die Richtigkeit der Beschwerden, die der Rentenneurotiker angibt, in s e i n e n Augen bewiesen. Es liegt nicht im sozialen Sinne, daß einige Menschen, die auf Grund ihrer Unfähigkeit, im Leben erfolgreich zu bestehen, einfach resignieren, neurotisch reagieren und dann auf Kosten anderer leben.

Nicht zuletzt liegt die Schuld auch bei dem Staat selbst. Wenn heute ein Rentenverfahren in Gang gesetzt wird, so dauert es sehr lange, bis der Versicherte in den Genuß der Rente kommt.

W i e s i n g e r beanstandete schon 1940 verschiedene Mängel in der Praxis des Versicherungswesens, die oft zur Folge haben, daß im Laufe und w e g e n des langen Rentenkampfes der Berufungskläger ein ausgesprochener Rentenneurotiker wird.

Über die Frage, ob die Rentenneurose als eine Krankheit zu bezeichnen ist, herrscht nach jahrelangem Streit doch wohl heute weitgehende Einmütigkeit.

Trotzdem gibt es noch Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Rentenneurose von juristischer Seite. "Der Richter müsse der Tatsache Rechnung tragen, daß die Unfallneurose in der ärztlichen Wissenschaft heute einmütig nicht als echte Krankheit, sonders als psychische Abwegigkeit gilt. Dieser Umstand nötigt dazu, der Unfallneurose wegen ihrer Abwegigkeit einen Platz unter den adaequaten Folgeerscheinungen eines Unfalles abzuerkennen."

Diese Feststellung von S c h m i t z geht der Auffassung von

v. W e i z ä c k e r weitgehend parallel, der die commotio cerebri und Psychoneurose für einzigartig biologisch verflochten hält. Ist der Verletzte nicht nur der Unterlegene, sondern auch der Unschuldige, so ergibt sich aus dem Kampf um die Wiederherstellung sein eigenes psychologisch-moralisches Gepräge des Versagens. Die Folge ist die Schwierigkeit der Trennung von Neurose und wirklichen Körperfolgen im Gutachten. Die Neurose als Unfallfolge wird abgelehnt, mit Ausnahme ganz weniger Fälle (Reichsgerichtsentscheidung). Die Gemeinschaft darf den Verletzten nicht in dem Glauben enttäuschen, daß er etwas für sie geopfert habe. Eine wirkliche Reparation ist oft überhaupt nicht möglich. Dem Verletzten muß eine äußerste Willenskraft und Selbstüberwindung zugemutet werden.

Eine weitere wesentliche Betrachtung bezüglich der Entstehung einer Rentenneurose bringt H a r d e n b e r g . Er ist der Auffassung, "daß die Rolle des Versichertseins in der Genese der sogenannten traumatischen Neurose eine äußerst wichtige ist. Entweder ist sie von Anfang an der dominierende Faktor oder sie wird es, je länger, desto mehr in dem Maße, wie das Unfallereignis zurückliegt."

Die objektive Kenntnis und subjektive Wertung der Rentenneurose ist sehr schwierig (S c h w a r z). Werturteile,wie: "Psychopatisch, hysterischer Schwindel" oder "Faulenzer", seien nicht angebracht.

Entscheidend ist die richtige Diagnose, damit man organische Leiden nicht übersieht und Härten und Ungerechtigkeiten schafft. Nach N a e g e l i ist die definitive Erledigung der Schadenersatzansprüche kausale Therapie. Einem Rentenneurotiker immer wieder Renten zu gewähren, statt sie ihm sofort zu entziehen, gleiche einem Morphinisten, dem man wieder Morphium verschreibt, statt ihm eine Entziehungskur anzuraten.

Zur Entstehung einer Rentenneurose bedarf es nach S t i e r keiner körperlichen Schädigung durch den Unfall. Es braucht nicht einmal ein Unfall zu sein, ein Pseudounfall tut es auch. Conditio sine qua non für die Entwicklung einer Unfallneurose ist die Ausstattung des als Unfall geltend gemachten Vorfalls mit Rechtsansprüchen. Der Fortfall der Ausstattung oder die konsequente Ablehnung verhindert das Auftreten sogenannter Unfallneurosen (S c h e l l w o r t h).

Die Auffassung H a r d e n b e r g s hat P a n s e ebenfalls. Er hält den Faktor des Versichertseins überhaupt für die Grundlage bei

der Entwicklung einer Rentenneurose. Er stellt fest, daß erst n a c h Einführung der Haftpflicht- und Unfallgesetzgebung im Jahre 1864 die sogenannte "traumatische Neurose" auftrat. Während des Krieges 1870/71 seien nur 13 psychogene Lähmungen beobachtet worden.

Außerdem fand er, daß die sogenannte Unfallneurose stets nur im Zusammenhang mit Entschädigungspflicht des Unfalles beobachtet wurde, n i e vor Einführung des Haftpflichtgedankens und später n i e ausserhalb einer Entschädigungsmöglichkeit. Er lehnte schon damals den Kausalzusammenhang von Unfall und Neurose ab. -

P a n s e beschäftigte sich eingehend mit dem Schicksal von Rentenneurotikern des 1. Weltkrieges, nachdem das Rentenverfahren abgeschlossen war.

Von 55 Rentenneurotikern waren nach Abweisung ihrer Rente

vollwertig tätig	45 Fälle = 82 %
beschränkt erwerbstätig	6 Fälle = 11 %
ohne Beschäftigung	4 Fälle = 7 %

Unter den 4 Fällen ohne Beschäftigung waren eigentlich nur zwei Rentenneurotiker, da zwei von ihnen krank waren. Der eine hatte eine Schizophrenie, der andere war in einer Anstalt wegen alkoholischer Verblödung. Ein Dritter war ein pensionierter Beamter.
Von 100 Neurotikern, die grobe hysterische Erscheinungen zeigten, waren regelmäßig wieder 88 tätig.
Von 40 Neurotikern, die erst nach dem Krieg Rentenansprüche stellten und meistens mit niedrigen Renten (unter 30 %) abgefunden waren, arbeiten fast alle.
Im übrigen ließ sich an anderem Material nachweisen, daß es lediglich mit v ö l l i g e r und s o f o r t i g e r Abweisung jeglicher Entschädigungsansprüche bei neurotischer Reaktion gelingen kann, nicht nur der Neurose im Einzelfall Herr zu werden, sondern die "traumatische Neurose" als Gesamterscheinung zu beseitigen. Und zwar ohne, daß selbst bei Fällen jahrelanger hysterischer Gewöhnung Bedenken gegen ein solches Vorgehen zu begründen wären.-

Eine rein beschreibende Darstellung von "Hysterie" nach dem 1. Weltkrieg gibt S i n g e r . Er stützte sich vor allen Dingen auf Kriegsneurosen, die ohne Unfall entstanden. -

T o c h t e r m a n n führt an, daß die Intensität eines Unfalles nicht entscheidend ist, um eine Neurose auszulösen. Nur der Zeit-

punkt sei maßgebend, d. h. in welchem Alter das Trauma auftrat. T o c h t e r m a n n ist der Ansicht, daß Jugendliche und jüngere Erwachsene weniger neurotisch werden als reifere Personen, da sie mit dem Erlebnis besser fertig werden. Jedoch der Krieg hat sowohl Jugendliche als auch sehr reife Personen mit Erlebnissen und Schädigungen heimgesucht, die in ihrer Intensität und Schrecklichkeit wohl nicht übertroffen werden. Wie weit diese intensiven Einwirkungen Einfluß auf die Neurose haben können, läßt sich nicht sicher abgrenzen. Bei schweren Traumen muß noch die Schockwirkung mit berücksichtigt werden.

Von B e t t e r m a n n werden zwei Gegensätze herausgestellt: Spontanes und reaktives Geschehen. Er nimmt an, "daß bei Menschen eine psychogene Reaktion dann zu erwarten ist, wenn die affektive Affizierbarkeit durch das Erlebnis einer Lebensforderung in einem Mißverhältnis steht, zu der Möglichkeit der Beantwortung der damit gestellten Lebensfrage."

Diese Auffassung deckt sich sehr gut mit der Einstellung von G r e l i n g e r . Er sagt: "Es ist sehr gut denkbar, daß in dem eintönigen Leben eines Lohnarbeiters jede Gelegenheit, selbst ein Unfall, zum Anlaß genommen wird, um aus der Tretmühle zu gelangen." Der Wunsch ist also nach dieser Auffassung ein wesentlicher Moment beim Auftreten einer Neurose.

Einen wichtigen Faktor in der Entstehung der Rentenneurose stellt nach N y i r ö der begutachtende Arzt dar, der den Patienten zum ersten Mal zu diesem Thema untersucht. Für den Rentenneurotiker sei es charakteristisch, daß er auf ärztliche Suggestion, welche das Krankheitsziel betont, seine Klagen und Symptome auf die verschiedenste Weise ändere. Der zuerst untersuchende Arzt lenke ganz unbewußt oft die Aufmerksamkeit des Patienten auf das zu aggravierende Symptom. Weiter führt N y i r ö aus, daß die Simulation und Zielneurose, hier also die Rentenneurose, verwandte Erscheinungen sind. Jedoch gibt es fließende Übergänge. Die Simulation ist eine reine Lüge. Die Zielneurose ist ein hysterisches Hineinleben in die Lüge, d. h. der Simulant weiß, daß er nicht krank ist, will aber krank scheinen. Demgegenüber glaubt der Neurotiker wirklich an seine Krankheit, obwohl er gar nicht krank ist. Die verschiedenen Rentenneurosen werden als eine Art der hysterischen persönlichen Reaktionen aufgefaßt. Das Schicksal liegt nach seiner Auffassung in der Hand des Richters, "der nicht nur den Kranken heilen kann, sondern durch Statuierung eines Exempels pro-

phylaktisch wirken kann auf andere Patienten." -
Diese Ansicht schließt aber einen weiteren Faktor, der nach Auffassung vieler Autoren unbedingt wesentlich ist, fast ganz aus. Dieser Faktor ist die Persönlichkeit des Kranken, bzw. die Anlage, die er mitgebracht hat, neurotisch zu fixieren oder nicht.

S c h e l l w o r t h unterscheidet die psychogene Zweckreaktion von einer Simulation dadurch, daß zunächst der Neurotiker selbst davon überzeugt ist, von einem Unfall geschädigt zu sein, bevor er andere davon zu überzeugen versucht. Daher hat er zwar ein besseres Gewissen als der Simulant, aber doch kein gutes, das bewirkt, daß ihm in der Untersuchungssituation die ruhige Gelassenheit des wirklich körperlich Geschädigten fehlt. Die neurotische Zweckreaktion ist ja auf Wirkung eingestellt.

Eine Betrachtung von der physiologischen bzw. pathophysiologischen Seite gibt S c h w a r t z , der wie J a n e t meint, daß Kräfteausgaben durch einerseits physiologische, andererseits durch pathophysiologische Phänomene bedingt seien, wobei

1.) organische Erkrankungen,
2.) Schädeltraumen,
3.) geistige Tätigkeit

eine gewisse Rolle spielen sollen. Es ist also in Bezug auf das Schädeltrauma so zu verstehen, daß auf Grund eines Schädeltraumas eine Disregulation der Kräfteausgaben, wahrscheinlich im Sinne einer Verringerung, besteht. Damit ist der Weg für eine Neurose frei, da der Patient sich nicht mehr stark genug fühlt, die Lebensanforderung in Bezug auf körperliche Arbeit zu bewältigen. Obwohl die meisten Patienten nicht in geistiger Arbeit, sondern weitgehend in handwerklichen Berufen stehen, müßte doch ein weitaus größerer Prozentsatz von Rentenneurosen bei geistig Arbeitenden zu finden sein, als bei körperlich Arbeitenden. Dies scheint jedoch nicht der Fall zu sein. Der Eindruck mag dadurch entstehen, daß erheblich mehr körperlich Arbeitende einen Unfall haben als geistig Schaffende. Außerdem erhebt sich die Frage, ob ein intelligenter Mensch, der doch meistens Geistesarbeiter ist, nach der Ansicht von S c h w a r t z eher dazu neigt, neurotisch zu werden als der körperlich Arbeitende.

Die Frage, ob die Entstehung einer Neurose von der Persönlichkeit abhängig ist, d. h. ob sie im Charakter verwurzelt ist, wird im

allgemeinen bejaht.

I. H. S c h u l t z teilt auf Grund einer Statistik die Neurosen ein in:

a) Fremdneurosen: 12,5 %, die exogen bedingt und sozial heilbar seien;
b) Kernneurosen: 25,0 %, die im Charakter verwurzelt seien von Kindheit an;
c) Rand- und Schichtneurosen: 62,5 %, deren Genese unklar sei.

Die Frage der Vererbung und Milieuschädigung sei nicht zu entscheiden. Die Psychopathen trennt S c h u l t z von Neurotikern insofern ab, als er die Psychopathie für sich allein wertet, da sie erbbedingt sei.

Dagegen teilt W y r s c h die Unfallneurosen ein in:

a) solche mit abnormer Reaktion (der Grund liege hier in einzelnen Widerfahrnissen);
b) Neurosen (der Grund sei im Schicksal liegend und im Weiterspinnen in eine falsche Richtung);
c) Psychopathie (die Reaktion sei eine reine Frage des Charakters).

W y r s c h steht somit im Gegensatz zu S c h u l t z , weil er annimmt, daß die Psychopathie durchaus ein Grundstein zur Entstehung einer Neurose sein kann.

S c h e l l w o r t h hält auslösende Ursache und Konstitution zur Entstehung einer Neurose für wesentlich. Verschiedene Menschen reagieren verschieden auf gleiche Ereignisse. Die Verschiedenheit ist demnach nicht in äußeren Ereignissen, sondern von der Art der individuellen Lebensverarbeitung abhängig.

In einem Bericht über ein Gutachten berichtet P f e f f e r , daß es Menschen gibt, die nicht als "krank" und auch mit Recht nicht als Psychopathen bezeichnet werden könnten, die aber "als konstitutionelle Besonderheit weniger Antrieb, weniger Energie und Ausdauer, sowie weniger Gemeinschaftssinn besitzen, als die überwiegende Mehrzahl der Bevölkerung." Solche Menschen reagieren, wenn sie das Ziel ihrer Rentenbestrebungen nicht erreichen, mit Erscheinungen, die äußerlich das Gepräge der Hysterie, der Hypochondrie, gelegentlich auch von Scheinblödsinn mit Krämpfen und Lähmungen oder Zittern haben.

H e r z o g berichtet über einen sehr interessanten Fall: "Ein Patient zog sich nach einem Betriebsunfall eine Kieferfraktur zu. Der behandelnde Zahnarzt entließ den Patienten nach 14 Tagen als gesund und arbeitsfähig. Der Patient kam mit einem Bekannten, einem Medizinstudenten, ins Gespräch, in dem der Patient darauf aufmerksam gemacht wurde, daß er nach einer "Commotio" nicht so schnell entlassen werden dürfe. Das Bewußtsein, unter Umständen noch nicht gesund zu sein, ergab bei dem Patienten eine Rentenneurose mit allen klassischen Symptomen: Schwindel, Vergeßlichkeit, Kopfschmerzen usw. In Wirklichkeit lag überhaupt keine Commotio vor." Wie weit der Patient in der charakterlichen Haltung überhaupt praedestiniert für eine Neurose war, läßt sich hier leider nicht erkennen. Vielleicht wollte er auf Grund dieses Unfalles einen höheren Lebensstandard erreichen, wie die Annahme von G r e l i n g e r zeigt.

Einen weiteren interessanten Fall führt C l a u s s an: "Ein 53jähriger Arbeiter ist nach einer kleinen Verletzung wieder voll arbeitsfähig. Er erhält keine Entschädigung in Form einer Rente. Der Arbeitgeber entläßt aber den Arbeiter als arbeitsunfähig, um die Versicherung zu einer Leistung zu zwingen. Daraus entwickelt sich eine Neurose, da der Patient annahm, w i r k l i c h krank zu sein. Bei der Begutachtung wurde der Patient von allen Stellen als Rentenneurotiker abgewiesen und fiel nach drei Jahren vergeblichen Rentenkampfes der Fürsorge zur Last."
Inwieweit eine kleine vorläufige Rente den Patienten vor einer Rentenneurose bewahrt hätte, bleibt offen. Sicherlich liegt in der Persönlichkeit des Patienten auch hier die Ursache der neurotischen Fixation.

Über einen ganz anderen Fall berichtet W i e s i n g e r: "Ein 48jähriger Bergmann arbeitet seit etwa dreißig Jahren trotz seiner von Geburt an bestehenden starken Verkrüppelung aller Finger und aller Zehen des rechten Fußes im Bergbau. Bei einem Unfallverfahren würde dem Patienten sicher eine hohe Rente zugesprochen werden. Es ist also hier n u r die Persönlichkeit des Bergmannes das Ausschlaggebende. W i e s i n g e r befürchtet allerdings, daß bei dem langen Rentenverfahren, das auf Grund der heutigen technischen Maßnahmen nicht zu umgehen sei, sich eine Rentenneurose entwickeln könnte. Es wird hier also der Persönlichkeitsfaktor ganz ausgeschaltet.

H a n s e hat Untersuchungen an 180 Rentenneurotikern vorgenommen und sie in Beziehung gesetzt zu den Konstitutionstypen von Kretschmer.
Er fand:

a) Pykniker haben relativ selten Rentenneurosen. Die Therapiemöglichkeit ist bei diesen Patienten eine gute.

b) Astheniker und Dysplastiker zeigen sehr häufig eine neurotische Fixation.

c) Bei Athletikern erhält man einen Wert, der etwa zwischen Pyknikern und Asthenikern liegt. Die Erfolge bei therapeuthischen Versuchen sind bei diesen beiden letzteren Gruppen außerordentlich dürftig. -

Bezüglich der Entstehung der Rentenneurose ist noch die sehr wichtige Frage der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse des Unfallversicherten zu klären. Die Ansicht von L a n g : "Im Rentenkampf sind alle Stände gleich", ist eine gewagte Feststellung. Es liegt auf der Hand, daß in Zeiten eines gesicherten Wohlstandes der geistig Schaffende den besseren Lebensstandard und somit weniger Grund hat, vom wirtschaftlichen Standpunkt aus gesehen, Neurotiker zu werden. Diese Tatsache spricht aber gegen die Auffassung von L a n g .

Jedoch ist es vor allem in Kriegs- und Nachkriegszeiten verständlich, daß jeder versucht, seinen Lebensstandard zu heben. Da in solchen Zeiten der geistig Schaffende oft ein geringeres Einkommen hat, weil er z. B. wegen politischer Verfolgung Holz hacken muß oder nicht in seinen Beruf wieder hineinkommt und deswegen wegen der ungewohnten körperlichen Arbeit unzufrieden ist, so wird sich die Zahl der Rentenneurotiker zugunsten des geistig Arbeitenden prozentual verschieben. Vielleicht ist das ein Grund für die Auffassung von S c h w a r t z und J a n e t , daß geistige Tätigkeit eine gewisse Rolle bei der Entstehung der Rentenneurose spielen soll.

Nach L a n g ist eine Aggravation in den wenigsten Fällen pathologisch, sondern fast immer verständlich. Grobe bewußte Täuschung und Selbsttäuschung können Ausdruck eines pathologischen Zustandes sein. Oft soll ethische Minderwertigkeit vorliegen.

Nach der Auffassung von M e d y n s k i hängt die Unfallneurose vom Trauma und der psychologischen Einstellung des Geschädigten ab. Weiterhin seien die wirtschaftlichen Verhältnisse ein sehr wesent-

licher Faktor. Er hält einen Wechsel des Arbeitsplatzes, z. B. wenn der Unfall dort passiert ist, für günstig, um eine Rentenneurose zu verhindern. Er ist auch wie W i e s i n g e r der Ansicht, daß durch die lange Zeit, die das Versicherungsverfahren in Anspruch nimmt, eine Neurose ausgelöst werden kann.

Im Gegensatz zu T o c h t e r m a n n , der nicht die verschiedene Intensität, sondern den verschiedenen Zeitpunkt unabhängig von der Intensität des Unfalles als wesentliche Ursache einer Neurose auffaßt, hat R i e s e folgende Ansicht. Er bezeichnet als wesentliche Ursache einer Neurose:

1.) den Unfall, wenn er sehr schwer gewesen ist, und wenn Beschwerden unmittelbar danach aufgetreten sind;

2.) die Disposition;

3.) materielle Interessen des Verletzten.

Die Frage der Schuld bei einer Rentenneurose wird von K a s t e i n , G r e l i n g e r und F o r t a n i e r im Gegensatz zu J o s s m a n n verneint. Nach Ansicht der ersteren wird die Rentenneurose als ein Krankheitsprozess aufgefaßt, der psychologisch beurteilt werden muß. Sähe man den Wunsch nach Rente und den mangelnden Willen zur Gesundheit als Ursächliches einer neurotischen Reaktion an, so schalte man unbewußte Faktoren als solche aus und stelle die Erkrankung mit Simulation auf gleiche Stufe. Damit würde die Schuldfrage bejaht. Den bewußten Wunsch nach Rente führen K a s t e i n , G r e l i n g e r und F o r t a n i e r nicht als eigentliche Ursache der Neurose an. Bei schlechter sozialer Lage seien Aggravation und Simulation häufig der Fall, d. h. je schlechter der Patient wirtschaftlich wegen des Unfalles oder auch ohne diesen steht, desto größer sei die Neigung zur Fixation einer Neurose. -

Manche Autoren wollen ein Geringerwerden von Rentenneurosen bemerkt haben. So wird in der N i e d e r l ä n g i s c h e n V e r e i n i g u n g f ü r P s y c h i a t r i e u n d N e u r o l o g i e festgestellt, daß der Rückgang an Rentenneurosen auf die in den letzten 25 Jahren weitgehend verbesserten und differenzierteren neurologischen Untersuchungsmethoden zurückzuführen sei. P i l c z dagegen führt den Rückgang auf die schlechteren wirtschaftlichen Verhältnisse zurück. Er widerspricht damit allen, die eine schlechte wirtschaftliche Lage mit als eine wesentliche Ursache

für die Entstehung einer Rentenneurose sehen. P i l c z stellte seine Untersuchungen aus dem Krankengut der Psychiatrischen Universitätsklinik in Wien und dem Ambulatorium einer Wiener Krankenkasse zusammen. Er nimmt an, daß ein gewisser Teil von Rentenneurotikern, die sich früher nicht voll arbeitsfähig fühlten, jetzt nicht vom Arbeitsplatz verwiesen werden wollten, da die Arbeitslosigkeit zunahm und der Bedarf an tüchtigen Arbeitskräften groß war. Diese Rentenneurotiker bagatellisierten nach seiner Ansicht auf Grund dieser Zwangslage einfach ihre Beschwerden. -

Aus diesen vielen verschiedenen Annahmen, die leider nicht durch Zahlen bekräftigt und anschaulich gemacht werden konnten, ergibt sich die Notwendigkeit, die heutige Lage in Bezug auf die Rentenneurotiker zu klären. Da das gesamte Gebiet der Rentenneurose ein zu umfangreiches und im Ganzen nicht zu bewältigendes Material umfaßt, soll die interessante Aufgabe, die Beziehung zwischen "Schädel-Hirntrauma und Rentenbegehren" geklärt werden. Dieses Gebiet ist schon deswegen so interessant, da die Deutung der Rentenneurose bei Schädel-Hirntrauma entschieden schwieriger ist, als z. B. bei einer Extremitätenverletzung.

C) Material, Gang der Untersuchung

Die Grundlage und das Material für diese Arbeit waren vierhundert Gutachten von den Jahren 1947 bis 1953 der Universitäts-Nervenklinik Würzburg. Der Jahrgang 1953 ist nicht vollständig vorhanden, da bis zur ersten Hälfte des Jahres die Durchsicht der Gutachten abgeschlossen war. Es sind fast alle Gutachten, die über Schädel-Hirntrauma an der Universitäts-Nervenklinik Würzburg angefertigt wurden, erfaßt worden.

Bei der Durcharbeitung der vierhundert Gutachten wurde besonders großer Wert auf die wirtschaftliche Lage des einzelnen Patienten gelegt, sowie auf die wirklichen neurologischen und psychiatrischen Erscheinungen. Schon nach den ersten Fällen fiel auf, daß gerade bei Rentenneurotikern mit erheblicher Aggravation und Demonstration ein auffallend geringer oder gar kein neurologischer Befund vorlag. Ausserdem zeigte sich, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse der einzel-

nen Patienten so verschieden waren, daß auch in dieser Hinsicht ein interessantes Ergebnis zu erwarten war. Bei der Bearbeitung der Literatur wurde besonderer Wert auf die offenen Fragen gelegt, um die Ergebnisse der Arbeit auf diesen aufzubauen. -

Je eingehender die Materie durchgearbeitet wurde, desto deutlicher zeigte sich, wie entgegengesetzt doch die Meinung der verschiedenen Autoren in Bezug auf Genese und Begutachtung der Rentenneurose waren.

D) Auswertung

Es wurden zuerst die Rentenneurotiker, bzw. diejenigen Patienten, die deutlich eine neurotische Tendenz zeigten, von denen getrennt, die in dieser Hinsicht unauffällig waren.
Das Ergebnis war folgendes:

Tabelle I

	Fälle	%
Patienten mit Zeichen rentenneurotischer Tendenz	120	30
Patienten ohne Zeichen rentenneurotischer Tendenz	280	70
insgesamt:	400	100

Das heißt, daß praktisch jeder dritte Patient, der zur Begutachtung eines Schädel-Hirntraumas kommt, ein Rentenneurotiker ist bzw. wenigstens die Tendenz einer neurotischen Reaktion zeigt.

Als weitere Frage mußte die Beteiligung der einzelnen Geschlechter geklärt werden. Es ergab sich:

Tabelle II

	Fälle	%
Männer	353	88,2
Frauen	47	11,8
insgesamt:	400	100

Für die Beurteilung des Anteiles von Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen bei M ä n n e r n fand man:

Tabelle III

	Fälle	%
Patienten mit Zeichen rentenneurotischer Tendenz	107	30,2
Patienten ohne Zeichen rentenneurotischer Tendenz	246	69,8
insgesamt:	353	100

Für F r a u e n ergab sich:

Tabelle IV

	Fälle	%
Patientinnen mit Zeichen rentenneurotischer Tendenz	13	27,7
Patientinnen ohne Zeichen rentenneurotischer Tendenz	34	72,3
insgesamt:	47	100

Der Prozentsatz bei Patienten mit neurotischer Tendenz ist bei beiden Geschlechtern fast gleich. Man erhält wieder das Durchschnittsergebnis von rund 29 %.

Ganz andere Verhältnisse ergeben sich bei der Frage, wie weit die wirtschaftliche Lage ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung einer Rentenneurose ist. Aus dem Untersuchten erhielt man folgende Werte:

Tabelle V

	A Patienten mit rentenneurotischer Tendenz		B Patienten ohne rentenneurotische Tendenz	
	Fälle	%	Fälle	%
sehr gute bis gute wirtschaftl.Verh.:	46	38,3	85	30,4
durchaus ausreich. wirtschaftl.Verh.:	39	32,5	128	45,7
schlechte wirtschaftl.Verhaltn.:	35	29,2	67	23,9
insgesamt:	120	100	280	100

Es ist interessant festzustellen, daß unter den Patienten, die rentenneurotische Tendenzen zeigen, 38,3 % in guter oder sogar sehr guter wirtschaftlicher Position leben, während unter denen, die keine neurotische Reaktion haben, nur 30,4 % in sehr guten oder guten Verhältnissen stehen. Patienten mit ausreichendem Lebensstandard sind in Spalte B häufiger (45,7 %), das entspricht etwa der Hälfte, dagegen ist der Prozentsatz von 32,5 % in Spalte A etwa mit einem Drittel aller Rentenneurosen anzunehmen.

Schlechte wirtschaftliche Verhältnisse finden sich bei Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen in 29,2 % und bei Patienten ohne neurotische Reaktion in 23,9 %. M. E. ist man durch diesen Unterschied nicht berechtigt, die Entstehung einer Rentenneurose auf Grund schlechter wirtschaftlicher Verhältnisse anzunehmen. Wenn man bedenkt, daß 70,8 % aller neurotisch Fixierten es n i c h t nötig hätten, auf Grund ihres Unfalles eine Rente zu begehren, so kann man auch hier schwerlich annehmen, daß eine schlechte wirtschaftliche Lage der Grund sei, eine Rentenneurose auszulösen.

Diesen 70,8 % stehen 76,1 % Patienten ohne neurotische Tendenzen gegenüber. Der Unterschied ist nicht zu verwerten und praktisch unbedeutend. Die Unterteilung von Männern und Frauen bezüglich der wirtschaftlichen Verhältnisse gibt infolge der geringen Anzahl von weiblichen Patienten keinen klaren Befund; der Prozentsatz der einzelnen

Zahlen in Bezug auf das weibliche Geschlecht bewegt sich immer um 10 % der ausgerechneten Werte. Das entspricht auch dem Anteil von Gutachten von weiblichen Patienten zu der Gesamtsumme des Materials.

Die Beziehungen zwischen den Rentenneurotikern, die einen neurologischen Befund aufweisen und denen ohne krankhafte neurologischen Veränderungen, waren interessant. Es ergab sich folgendes:

Tabelle VI

Krankhafter Neurolog. Befund:	vorhanden Fälle	%	nicht vorhanden Fälle	%	insgesamt Fälle	%
Pat. mit Zeichen rentenn. Tendenz:	33	27,5	87	72,5	120	100
Pat. ohne Zeichen rentenn. Tendenz:	123	43,9	157	56,1	280	100
insgesamt:	156	39,0	244	61,0	400	100

Betrachtet man die Tabelle Vi, so fällt auf, daß 39,0 % von allen Patienten einen krankhaften neurologischen Befund aufweisen. Das ist etwas mehr als ein Drittel. Bei den Patienten ohne rentenneurotische Reaktion finden sich in 43,9 % neurologische Ausfallserscheinungen. Dies macht fast die Hälfte dieser Patienten aus. Sofort ins Auge fällt dagegen der geringe Prozentsatz von krankhaften neurologischen Befunden bei den Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen. Er beträgt 27,5 %, d. h. von vier Patienten weisen drei überhaupt keine neurologische Ausfallserscheinungen auf. Das führt doch zu dem Schluß, daß nur das Trauma allein, das ja in den Fällen ohne neurologischen Befund gering gewesen sein muß, schon bei einer entsprechenden Persönlichkeit eine Neurose ausgelöst hat. Die Schwere eines Unfalles scheint demnach n i c h t für die Auslösung einer Rentenneurose entscheidend zu sein, vielmehr nur die Tatsache, d a ß eine günstige Gelegenheit in Form eines Unfalles auftrat, die unbewußt wahrgenommen und zur Neurose ausgeweitet wurde.

Daß prozentual bei den Rentenneurotikern nicht so schwere Traumen auftraten im Gegensatz zu den Patienten, die nicht neurotisch wurden, ist am besten aus folgender Aufstellung zu entnehmen:

Tabelle VII

	Patienten mit Zeichen rentenn.Tend.		Patienten ohne Zeichen rentenn.Tend.		insgesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
commotio cerebri	79	65,8	142	50,8	221	55,2
contusio cerebri	34	28,3	97	34,7	131	32,8
offene Hirnverletzung	7	5,9	41	14,5	48	12,0
insgesamt	120	100	280	100	400	100

Wir haben also bei den Patienten ohne rentenneurotische Tendenzen drei mal so viel offene Hirnverletzungen, als bei den Patienten mit neurotischer Reaktion, wobei hier mit offener Hirnverletzung alle die Traumen aufzufassen sind, die mit Verletzung der dura mater einhergingen. Es handelte sich bei dem Krankengut meistens um Kriegsverletzungen (Schuss- oder Splitterverletzungen). Die Anzahl der Contusionen ist bei den Patienten, die nicht neurotisch wurden, gegenüber denen bei Rentenneurotikern nicht wesentlich erhöht. Die Commotionen finden sich bei den Patienten ohne rentenneurotische Tendenzen in 50,8 %, d. h. nur jeder Zweite der Verletzten hatte eine Commotio. Dagegen hatten bei den Rentenneurotikern von drei Patienten zwei eine Commotio cerebri davongetragen. Wenn man nun noch bedenkt, daß gerade diese Commotionen oft so leicht waren oder manchmal gar nicht als sicher angenommen werden konnten, weil die Dauer der Bewußtseinslosigkeit von den Patienten selbst überhaupt nicht objektiv und von den Personen, die die erste Hilfe leisteten, auch nicht genau angegeben werden konnte, da die Zeit vom Unfall bis zum Auffinden des Verletzten nie mit Sicherheit bestimmt werden kann, so bekräftigt dieses Ergebnis nur noch die Annahme, daß die Schwere eines Traumas nicht entscheidend ist für die Auslösung einer Rentenneurose.

Aufschlußreich ist die psychiatrische Beurteilung der Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen. Man darf nicht annehmen, daß alle Patienten mit neurotischer Reaktion arbeitsunfähig sind, da ja von der leichtesten Reaktion bis zur schweren Rentenneurose erhebliche

Unterschiede in der Schwere der "Krankheit" bestehen. Es gibt durchaus Patienten, die eine so schwere Rentenneurose haben, daß sie deswegen, n i c h t aber wegen ihrer evtl. Verletzungen oder Verletzungsfolgen, vollkommen arbeitsunfähig sind. Die Prognose nach den durchgearbeiteten vierhundert Gutachten ist bei einigen wenigen Patienten, die leichte Aggravation zeigen, nicht schlecht. Es würde ohne weiteres gelingen, diese Patienten psychotherapeutisch erfolgreich zu behandeln. Allerdings müßte dann auch eine entsprechende Arbeitsstelle vermittelt werden, damit die Therapie dauernden Erfolg zeigt. -

Die Neurose bei Psychopathen, die meistens intelligente Menschen sind, zeigt sich ganz anders als eine Neurose bei mäßig intelligenten. Der intelligente Neurotiker ist raffinierter und subtiler in dem Ausdruck seiner Neurose. Bei mäßig intelligenten Rentenneurotikern steht der Intelligenzmangel im Vordergrund, und die Neurose zeigt sich viel grober und plumper.

Eine Aufstellung zeigt, wie der prozentuale Anteil bezüglich der Debilität, Psychopathie sowie mäßiger bzw. guter Intelligenz bei den Rentenneurotikern verteilt ist.

Tabelle VIII

	Debilität	mäßige Intellig.	gute Intellig.	Psychopathie	zus.	%
deutliche Aggravation	-	2	2	22	26	21,7
demonstratives Verhalten	4	13	4	42	63	52,5
pseudodementes Verhalten	2	9	-	15	26	21,7
schwere Rentenneurose	-	2	-	3	5	4,1
insgesamt	6	26	6	82	120	100
= in % von allen Rentenneurotikern	5,0	21,7	5,0	68,3	100	

Unter "schwerer Rentenneurose" wurde vollständige Arbeitsunfähigkeit auf Grund der Neurose und nicht körperlicher bzw. nur ganz geringer körperlicher Leiden verstanden.

So wurde ein Weltkriegsteilnenmer, der "verschüttet" war und ein kleines Haematom am Schläfenbein hatte, aber keinerlei neurologische Ausfallserscheinungen oder eine Commotio cerebri aufwies, damals bei der Begutachtung mit einer EM von 100 % eingestuft. Auch heute läßt sich bei dem Patienten kein pathologischer Befund organischer Natur feststellen, der in irgendeiner Beziehung zu der damaligen Verschüttung stehen könnte.
Der Mann wurde die ganzen Jahre mit der gleichen EM eingestuft, und somit ist es heute unmöglich, die Erwerbsminderung auf 0 % (der Befund würde diese Einstufung vollständig rechtfertigen) zu setzen, da der Patient völlig arbeitsunfähig ist.
Dies ist ein Fall, wo auf Grund fehlerhafter Untersuchung sich eine Rentenneurose herausgebildet hat, die nun entschädigt werden muß.

Ein vollkommen anderes Ergebnis erhält man bei der Untersuchung von Patienten, die keine neurotische Tendenzen zeigten.

Tabelle IX

	Debilität		mäßige Intelligenz		gute Intelligenz		Psychopathie	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
Pat. ohne Zeichen rentenn. Tendenz	-	-	52	18,6	228	81,4	-	-

Unter den Patienten mit "mäßiger Intelligenz" wurden vor allem Patienten verstanden, die ohne gelernten Beruf sind oder Hilfsarbeiter, die es nie zu etwas gebracht haben, oder auch Gelegenheitsarbeiter, die nicht intelligent oder tatkräftig genug waren, einen Beruf zu erlernen. Außerdem richtete sich auch diese Spalte weitgehend nach dem psychiatrischen Befund des Gutachtens.

Sehr auffällig aber ist der Vergleich der Tabellen VIII und IX bezüglich der Psychopathie. Der Anteil von 68,3 %, also etwas mehr als zwei Drittel Psychopathen unter den Rentenneurotikern, ist sehr auffällig, schon aus dem Grunde, weil bei den Patienten ohne neurotische Tendenzen, in diesem Falle unter 280 Fällen, nicht ein einziger Psychopath zu finden ist. Dieses Ergebnis spricht doch für eine

weitgehende Beteiligung des Charakters eines Menschen an der Entstehung einer Rentenneurose!

Die fünf Prozent von Schwachsinn unter den Rentenneurotikern sollten trotz des geringen Prozentsatzes doch nicht übersehen werden, zumal unter den Patienten ohne rentenneurotische Tendenzen kein Fall von Debilität zu finden ist.

Unter den Gutachten waren Unfallgeschädigte und Kriegsgeschädigte wie folgt verteilt:

Tabelle X

	Pat. mit rentenneurot. Tendenz		Pat. ohne rentenneurot. Tendenz		Insgesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
KB-Gutachten	39	32,5	75	26,7	105	26,3
U-Gutachten	81	67,5	205	73,3	295	73,7
Insgesamt	120	100	280	100	400	100

Insgesamt sind also ein Viertel aller Patienten auf Grund ihrer Kriegsbeschädigung begutachtet worden. Der Anteil der Rentenneurotiker unter den Kriegsbeschädigten (32,5 %) ist prozentual um ein Geringes höher als bei den Unfallgeschädigten (26,7 %). Der Unterschied ist aber so gering und kann daher praktisch vernachlässigt werden.

Zum Schluß noch eine Übersicht über die Höhe der Erwerbsminderung bei den einzelnen Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Patienten mit und ohne rentenneurotische Tendenz.

Tabelle XI

Höhe der Erwerbsminderung (E.M.)

E.M. in %	Pat. mit rentenneurot. Tendenz		Pat. ohne rentenneurot. Tendenz		insgesamt	
	Fälle	%	Fälle	%	Fälle	%
0	47	39,2	58	20,6	105	26,25
0 bis 10	4	3,2	7	2,5	11	2,75
10 bis 20	17	14,0	35	12,5	52	13,0
20 bis 30	24	20,0	65	23,2	89	22,25
30 bis 40	9	8,4	34	12,1	43	10,75
40 bis 50	6	5,0	29	10,3	35	8,75
50 bis 60	4	3,2	17	6,1	21	5,25
60 bis 70	5	4,0	18	6,4	23	5,75
70 bis 80	2	1,6	7	2,5	9	2,45
80 bis 90	1	0,7	-	-	1	0,25
90 bis 100	1	0,7	10	3,8	11	2,75
insgesamt	120	100	280	100	400	100

Bei der Betrachtung dieser Zahlen fällt auf, daß etwa ein Viertel aller Patienten (26,25 %) keine Erwerbsminderung aufweist. Fast der gleiche Anteil fällt auf die Patienten mit einer EM von 20 bis 30 % (22,25 %). Bei den Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen liegen auch hier wieder die Verhältnisse anders. Es zeigt sich, daß fast die Hälfte (39,2 %) von ihnen keine E.M. aufweist. Bei einem Fünftel aller Rentenneurosen finden wir eine E. M. von 20 % bis 30 %. Das entspricht dem Durchschnittswert für alle Patienten.

In der Tabelle ist deutlich zu erkennen, daß der Prozentsatz bei den Patienten mit E. M. über 30 % bei den Rentenneurotikern auffällig geringer ist und außerdem deutlich mit der Höhe der Erwerbsminderung abnimmt. Diese Tatsache scheint wieder gegen die Annahme zu sprechen, daß die Intensität eines Unfalles ausschlaggebend für die Auslösung einer Rentenneurose sei. Es sind einige Fälle un-

ter den Patienten mit schweren Rentenneurosen, die trotz geringerer E.M. doch relativ hoch eingestuft worden sind, da die Rentenneurose so fixiert war, daß die Leute wirklich arbeitsunfähig waren. Diese Tatsache drückt den Prozentsatz der Patienten mit E.M. über 30 % bei Rentenneurotikern doch noch erheblich herab. Es waren Patienten mit Rentenneurosen dabei, die schon seit vielen Jahren im Rentenkampf stehen, da sie von verschiedenen Ärzten verschieden beurteilt wurden. Bei diesen Patienten war es nicht möglich, nur die tatsächliche E.M. festzusetzen, sondern man mußte dadurch den Patienten erheblich höher einstufen.

Der Vergleich von Patienten, die eine E.M. über 50 % haben, ergibt:

Pat. mit Zeichen rentenn. Tendenz:	15,2 %
Pat. ohne Zeichen rentenn. Tendenz:	29,1 %
insgesamt:	25,2 %

Interessant ist noch die Feststellung, daß von allen Rentenneurotikern nur e i n Patient (= 0,7 %) 100 % erwerbsgemindert ist, während von den Patienten ohne Rentenneurose z e h n Patienten (= 3,8 %) ermittelt wurden.
Es ergibt sich daraus auch wieder, daß der Grad der Erwerbsminderung, bzw. die wirklichen Beschwerden, die die Patienten angeben, in keinem Falle mit der Fixierung einer Rentenneurose parallel gehen; ja, daß sogar prozentual doppelt so viele Patienten mit einer Rentenneurose und ohne Erwerbsminderung festgestellt wurden als Patienten, die keine Fixierung einer Rentenneurose zeigen.

Das Ergebnis der Arbeit ist also folgendermaßen zusammengefaßt: Die wirtschaftliche Lage ist nicht ausschlaggebend für die Entstehung einer Rentenneurose, denn nur 29,2 % aller Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen leben in wirtschaftlich schlechten Verhältnissen (Tab. V). Der weitaus größte Teil der Patienten mit Rentenneurosen läßt Zeichen von Psychopathie, mäßiger Intelligenz oder Schwachsinn erkennen. Die Psychopathie steht mit 68,3 % an erster Stelle. Im Gegensatz dazu stehen die Patienten ohne Rentenbegehren mit nur 18,6 % mäßiger Intelligenz bei keinem Fall von Debilität oder Psychopathie. Es scheint sich also die Annahme, daß die Rentenneurose weitgehend von den Anlagen und dem Charakter des Einzelnen abhängt, zu bestätigen.

Die Schwere des Unfalles als Gradmesser für neurotische Tendenzen zu nehmen, bestätigt sich nicht. Es werden 65,8 % zum Teil sehr leichter oder nicht sicher feststellbarer Commotionen bei Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen gefunden, im Gegensatz zu 50,8 % bei Nichtneurotikern. Dagegen finden wir bei den Patienten ohne neurotische Reaktion prozentual etwa dreimal so viel offene Hirnverletzungen als bei den Rentenneurotikern. Ein krankhafter neurologischer Befund ließ sich in etwa der Hälfte bei Patienten ohne neurotische Tendenz nachweisen, im Gegensatz zu nur einem Viertel bei den Rentenneurotikern. Dies unterstreicht noch die Tatsache, daß die Schwere eines Unfalles nicht entscheidend für die Auslösung einer Rentenneurose ist.

Unterstützend ist außerdem noch die Tatsache, daß unter den Patienten mit neurotischer Reaktion 39,2 % ohne Erwerbsminderung sind, während bei den Patienten ohne rentenneurotische Tendenz nur 20,6 % keine Erwerbsminderung haben. Unter den Fällen mit 100 %iger E.M. findet man bei den Rentenneurotikern nur 0,7 %, bei den Patienten ohne Rentenneurose aber 3,8 %.

Zusammenfassung

Einleitend wird in der Arbeit eine Darstellung der einschlägigen Literatur über die Unfallneurose wiedergegeben, wobei vor allem solche Publikationen angeführt sind, die sich in grundsätzlicher Weise mit dem Wesen der Unfallneurose beschäftigen.

Die Grundlage der vorstehenden Arbeit bilden 400 Gutachten, die in den Jahren 1947 bis 1953 in der Universitäts-Nervenklinik Würzburg erstattet wurden. Diese Gutachten wurden nach verschiedenen Gesichtspunkten untersucht und die statistisch gewonnenen Ergebnisse wurden in Tabellen zusammengefaßt.

Die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit sind folgende:

Es läßt sich nicht feststellen, daß eine schlechte wirtschaftliche Lage für die Entstehung einer Rentenneurose ausschlaggebend sei, denn nur 29,2 %, das ist nicht einmal ein Drittel aller Patienten mit rentenneurotischen Tendenzen leben in wirtschaftlich schlechten Verhältnissen.

Bei dem weitaus größten Teil aller Rentenneurotiker sind Anzeichen von Psychopathie und mangelnder Intelligenz zu erkennen. 68,3 % der

Rentenneurotiker sind als psychopathische Persönlichkeiten zu bezeichnen. Dagegen fanden sich unter den Patienten ohne Rentenbegehren keine Psychopathen und nur in 18,6 % dieser Fälle erwies sich die Intelligenz als unterdurchschnittlich. Diese Ergebnisse können als Bestätigung dafür dienen, daß die Entwicklung einer Rentenneurose nahezu ausschließlich vor der Persönlichkeitsartung und nicht von äußeren Umständen abhängig ist.

Die Schwere des Unfalles kann nicht als Gradmesser für die Entstehung rentenneurotischer Tendenzen dienen. In 25,8 % der Fälle, in denen Rentenneurosen entstanden, handelt es sich um ausgesprochen leichte Unfallereignisse, die nur zu Gehirnerschütterungen führten. Bei Patienten ohne neurotische Reaktionen ließen sich prozentual ungefähr dreimal so viel offene Hirnverletzungen nachweisen als bei den Rentenneurotikern. Die Hälfte aller Patienten ohne Rentenneurose hatte einen krankhaften neurologischen Befund, während ein solcher nur in einem Viertel der Fälle mit Rentenneurose vorhanden war.

Die Anzahl der Fälle, bei denen sich bei der Untersuchung eine Erwerbsminderung überhaupt nicht feststellen läßt, ist bei den Rentenneurotikern mit 39,2 % fast doppelt so groß, als bei den Kranken, die ohne rentenneurotische Tendenzen sind.

Es ist mir an dieser Stelle eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. S c h e l l e r für die freundliche Überlassung des Themas und die Übernahme des Referates zu danken.

Herrn Privatdozenten Dr. S a t t e s gilt mein besonderer Dank dafür, daß er sich zu jeder Zeit mit hilfsbereiter Unterstützung für mich eingesetzt hat und in den doch oft sich ergebenden Fragen seinen freundlichen Rat zur Verfügung gestellt hat.

Literatur-Verzeichnis

Bettermann, A.-O. — Neurosebegriff und Neurosetherapie. Nervenarzt 22, 266-269, 1951.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.116, 1952, S. 136.

Bresler, J. — Unfallneurose und Reichsgericht. Psychiatr.Neurol.Wschr.1939, 453-55.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.96, 1940, S. 187

Clauss, L. — Sozialpolitische Bemerkungen zu einem Fall von Unfallneurose. Nervenarzt 9,23-33, 1936.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.80, 1936, S.204

Foster, L.J. — Traumatic neurosis. Amer.J.Roentgenol.30,44-46 u. 49-50, 1953.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.69, 1934, S. 529

Freud, S. — Traumdeutung, 9.Aufl.1950,Verl.Franz Deuticke, Wien, 436 S.

Grelinger, H. — Über Beurteilung und Behandlung von Unfallneurosen. Psychiatr.Bl.43,169-183,1939 (Holl.)
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.94, 1939, Sr. 427

Hanse, A. — Die Rentenneurotiker (Eine konstitutionsbiologische Studie). Münch.Med.Wschr.1935, I 338-341.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.101, 1942, S. 266.

Herzog — Beitrag zur Rentenpsychose. Dtsch.Zahnärztl.Wschr.1935,1126.
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.79, 1936, S. 684.

Kastein, G.W.,Grelinger, H. und Fortanier, A.K. — Posttraumatische neurotische Reaktion bei Versicherten.Diagnostik, Therapie, Begutachtung. Lochem: N. V. Witgevers maatschappig "De Tijdstroom" 1940, 136 S., Fl.3.50 (Holl.)
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.97, 1940, S. 501

Lang, F. — Die Simulation in der Unfallmedizin. Z.Unfallmed.31,1-42 u.82-123,1937 (Schweiz)
Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr. 88, 1938, S.218

Marian, I.	Psychoneurotische Störungen als Folge von Kriegsverletzungen. Spital 62,203-207 u. Dtsch.Zusammenfassung 233, 1942 (Rumän.)
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.103, 1943, S. 246.
Medynski, W.	Traumatische Neurose und Arbeitsfähigkeit. Roczn.psychiajtr.H.23,101-112,1934 (Pol.).
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.76, 1935, S. 519.
Niederländ.Vereinig.für Psychiatrie u.Neurologie. Sitzung v.14.12.40	Die posttraumatisch-neurotischen Zustandsbilder in Verbindung mit der Unfallversicherung, Psychiatr.Bl.45,796-814, 1941 (Holl.)
Nyirö, G.	Die Rentenneurose. Orvosképzés 31, 282-291,1941 (Ung.)
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.101, 1942, S. 703.
Panse, F.	Das Schicksal von Renten- und Kriegsneurotikern nach Erledigung ihrer Ansprüche. Arch.Psychiatr.u.Nervenkr.Bd.77,H.1,S.61-92, 1926.
Pfeffer, F.	Die Bewertung der Hysterie und Rentenneurose in der Sozialversicherung, Med.Klinik 1938, II, 1330-1333.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.92, 1939, S. 310.
Pilcz, A.	Neurose und wirtschaftliche Lage. Psychiatr.-Neurol.Wschr.1933,73-75.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.68, 1933, S. 255.
Reichardt, M.	Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung. Verl.Gustav Fischer, Jena 1921.
Riese, W.	Le problème de la causalité dans la nérvose traumatique. Schweiz.Arch.Neur.41,410-422, 1938
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.92, 1939, S. 69.
Schellworth, W.	Eine Kernfrage der Neurose-Begutachtung. Ärztl.Sachverst.Ztg.45,99-104,1939.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.96, 1940, S. 186.
Schellworth, W.	Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung. 2.Aufl.1953, Thieme-Verl.Stuttg..
Schmitz, W. und Schramm, G.	Unfallneurose und Reichsgericht. Münch.Med.Wschr.1939, II, 1387-1390.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.96, 1940, S. 187.
Schultz, I.H.	Der seelische Faktor im Krankheitsgeschehen. Z.Psychotherap. 1, 2-12, 1951
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych. Nr.115, 1951/52, S. 280.

Schwartz, L.	Die Neurose nach Schädeltrauma im Lichte der Theorien von Janet. Schw.Arch.Neur.41,433-442,1938.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.92, 1939, S. 309.
Schwarz, H.	Einige Bemerkungen zur Rentenneurose, insbes. zu ihrer Beurteilung im Rentenverfahren. Mon.Schr.für Psych.u.Neurol.Nr.71,1929,S.231.
Singer, K.	Epikritisches zur Neurosenlehre. Mon.Schr.für Psych.u.Neurol.Nr.51,1922,S.63.
Tochtermann, W.	Traumatische Neurosen im Zusammenhang mit Kriegsereignissen. Med.Mon.Schr.3,775-776, 1939.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.111, 1950/51, S.433.
Vauck, O.	Gedanken zur Unfallneurose. Mon.Schr.f.Unfallheilk.40,226-229,1933.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.69, 1934, S.529.
Weizsäcker, V. von	Über sogenannte Unfallneurosen. Zentralbl.Psychotherapie 12, 209-22, 1940.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.100, 1941, S. 134.
Wiesinger, A.	Warum Rentenkampf? Vertrauensarzt und Krankenkasse 8,168-170, 1940.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.99, 1941, S. 633.
Wyrsch, J.	Psychopathie, Neurose, Reaktion. Schweiz.Med.Wschr.1949, 69-73.
	Allg.Zentr.Bl.f.d.ges.Neurol.u.Psych.Nr.108, 1950, S. 454.

L e b e n s l a u f

Am 9. August 1927 wurde ich als Sohn des Rechtsanwalts und Notars Dr. iur. Walter Rudolf L e e r s und seiner Frau Gemahling Liselotte, geb. Gülland, in Halle/Saale geboren.

Meine Kindheit verlebte ich in Hettstedt/Südharz, die Oberschule besuchte ich in Aschersleben. Mit 16 Jahren wurde ich Marinehelfer in Emden. Dort wurde ich einmal und im Erdeinsatz im Osten das zweite Mal verwundet.

Durch Glück entkam ich der Kriegsgefangenschaft und machte auf der August-Hermann-Franke-Schule in Halle mein Abitur am 17. 4. 1946.

Bis zu meinem Studium arbeitete ich in Laboratorien und Krankenhäusern als Praktikant. Im Sommersemester 1949 wurde ich in Göttingen immatrikuliert. Im Sommersemester 1951 ging ich nach Freiburg im Breisgau, wo ich drei Semester blieb und mein Physikum machte. Die letzten Semester studierte ich in Würzburg an der Julius-Maximilians-Universität, an der ich auch mein Staatsexamen ablegte. - Neben meinem klinischen Studium widmete ich mich auch noch der Psychologie. Seit Juni 1955 bin ich als Pflichtassistent tätig, und zwar in der Neurologischen Universitätsklinik Hamburg (Direktor: Prof. Dr. Dette).

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Wolf-Dietrich Leers

RUDOLF BAEHR DRUCK- UND WERBETECHNIK
WÜRZBURG EGLOFFSTEINSTR. 5